## Protocollo Generale ASL CE

## protocollo@pec.aslcaserta.it

## OGGETTO: RICHIESTA DI TRASFERIMENTO INTRAZIENDALE ORE SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

II/la sottoscritt....................................................................................................................................

Nat...a........................................................(...............)il......................................Cell.........................Pec..........................................................................mail...............................................................

Specialista ambulatoriale nella branca di ....................................................................................................................

a tempo indeterminato per complessive ore settimanali. svolte presso:

DSB.......................... n. ore.................... dal ……………………

DSB.......................... n. ore.................... dal ……………………

DSB.......................... n. ore.................... dal ……………………

## CHIEDE

Il trasferimento delle suddette ore presso:

DSB.......................... n. ore....................

DSB.......................... n. ore....................

DSB.......................... n. ore....................

DSB.......................... n. ore....................

DSB.......................... n. ore....................

DSB.......................... n. ore....................

*II sottoscritto autorizza l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, ai sensi def D.Lgs. 196/2003, come modificato e integrato da/ D.Lgs. 101/2018 di recepimento def Rego/amento UE 2016/679.*

Data ........................................................ In fede

II presente modello va compilato e inviato alla pec aziendale unitamente alla copia di un documento di riconoscimento.